LEA ANTES DE COMPLETAR LA APLICACIÓN DE ADA:

Esta es una solicitud de paratránsito de ADA (Ley de estado unidos con discapacidades). Conteste todas las preguntas en esta solicitud, incluyendo todas las preguntas relacionadas con los autobuses públicos. Se le devolverá cualquier sección o página en blanco para que la complete.

La decisión sobre su solicitud se base en su discapacidad y cómo su discapacidad le IMPIDE usar los autobuses públicos o llegar y salir de la parada de autobús público más cercana desde su hogar. Por favor explique en detalle porque busca la solicitud.

Se adjunta a la solicitud un formulario de autorización para obtener Información médical de su médico o especialista. Si necesita adicionale formularios de autorización para médicos adicionales, asegúrese de solicitarlos. Una vez que se complete su solicitud, la revisare con usted, y le explicare cómo funciona el servicio de ADA. Cualquier pregunta que pueda tener será respondida al revisar su aplicaion.

Gracias,
Iris Lawrence

Tenga en cuenta:

PVTA tiene 21 días para tomar una determinación de elegibilidad después de recibir toda la documentación necesaria, que incluye entrevistas cara a cara.

Fecha de solicitud: ____________________ (deje la fecha en blanco)



Formulario de solicitud de paratránsito ADA

Tenga en cuenta que cualquier información proporcionada en esta solicitud se mantendrá confidencial y será compartida únicamente con los profesionales involucrados en la prestación del servicio de paratránsito, basado en lo que sea necesario**.** ***Todas las preguntas en esta aplicación deben ser contestadas.***

Para el uso de la oficina PVTA.

Fecha de la Aplicacion:	/ /	**Forma de ID:**	# Estado Exp:

A. Información Personal

Apellido
Nombre

B. Residencia actual

Calle dirección:		
Edificio #:	Apartamento #:	Habitación #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Es esta residencia:		
☐ Una casa de familia única o múltiples familias		
☐ Un apartamento o condominio	Nombre:	
☐ Una casa de salud o de vida asistida	Nombre:	
☐ Otro:		

C. Dirección de correspondencia (si es diferente de la residencia)

Dirección o casilla postal:		
Edificio #:	Apartamento #:	Habitación #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

D. Información de contacto

Teléfono Principal:	Teléfono Alternativo:
Número de relay o TDD:	
Dirección de correo electrónico:	

E. Contacto de emergencia

Apellido	Nombre
Relación:	Agencia si es aplicable:
Teléfono Principal:	Teléfono Alternativo:

F. Si alguien le ayudó a completar este formulario, por favor proporcione la siguiente información:

Apellido	Nombre:
Relación:	Agencia si es aplicable:
Teléfonos Principales:	Dirección de correo electrónico:

G. Información General

Ha aplicado para eligibilida de ADA anteriormente? Si ☐ No ☐

Esta aplicando para una recertificación? Si ☐ No ☐

Está certificado para recibir servicios de paratránsito ADA por otro agencia de servicios u organismo de tránsito? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo:	Nombre del servicio provedor:	Estado:	ID # (si es aplicable):

H. Información sobre su discapacidad

Parte 1

Por favor enumere por nombre qué discapacidades o condiciones de salud le impiden usar el servicio público de autobus: (Esta es una sección de dos partes, por favor leer con cuidado)

1. ______________________ 4. ______________________

2. ______________________ 5. ______________________

3. ______________________ 6. ______________________

Por favor incluya su certificado de siego si esta registrado con la Commision de Massachusetts para ciegos.

Si usted indica que es una persona con condiciones mentales o retrasado en el desa rrollo mental, por favor de incluir una evaluación neuro-psychological indicando la edad de inteligencia mental bajo el reporte del FSIQ (Full Scale Intelligent Quotient) si es aplicable a la persona aplicando para el servicio de ADA.

Parte 2

Explique cómo su discapacidad o problema de salud relacionado le impiden utilizar en forma independiente el servicio público de autobús.

Utiliza alguno de los siguientes cuando viaja?

Silla de ruedas ☐ Manual ☐ Electrica		Scooter
Caminador	Baston	Muletas
Oxígeno? ☐ Tanque ☐ Compressor		Dispositivo de comunicación
Respirador	Equipo médico	Animal de servicio

Otros, explicar:

Nesesita assistencia de puerta a puerta? ☐ Si ☐ No

I. Información sobre su discapacidad (continuación)

La discapacidad o condición de salud que describe es:

___ Permanente	___ Temporaria
___ No estoy seguro/a	Espera que dure ___________ meses

Su condición de salud o discapacidad cambia día a día de una manera que afecta su capacidad para utilizar el servicio de autobús público?

____ Sí ____ No ____ A Veces

De ser afirmativo, por favor explique:

Existen oportunidades en las cuales cuando viaja lo acompaña un cuidador o asistente personal?

___ Sí ___ No ___ A veces

J. Experiencia con el servicio de autobús público

Viaja en el autobús público? ____ Si ____ No

Ha viajado alguna vez en el autobús público? ____Si ____No

___ Sí En caso afirmativo, con qué frecuencia y a qué lugares?

Origen **Destinacion** **Cuales guaguas has usado?**

1. ________________ **Cuantas Veces?**
2. ________________ **Cuantas Veces?**
3. ________________ **Cuantas Veces?**
4. ________________ **Cuantas Veces?**

___ No En caso negativo, por qué no viaja actualmente en el autobús público?

El entrenamiento de viaje es un servicio gratuito que enseña a utilizar el autobús público. Desea más información sobre este servicio?

___ Sí ___ No

K. Capacidad funcional

Puede encontrar su camino a una parada si alguien se lo muestra una vez?		
☐ Sí	☐ No	☐ A veces
Como lejos puede usted caminar, si es necesario utilizando una ayuda de movilidad? (Una cuadra es 500 pies). ☐ Cero cuadras ☐ 1 cuadra ☐ 2-4 cuadras ☐ 4+ cuadras		
Puede caminar hacia arriba/abajo en una colina gradual?		
☐ Sí	☐ No	☐ A veces
Puede ver/detectar curvas, rampas y otras áreas para bajarse?		
☐ Sí	☐ No	☐ A veces
Cuánto tiempo puede estar parado, esperando en una parada de autobús?		
Puede subir y bajar de un autobús público?		
☐ Sí	☐ No	☐ A veces
En caso negativo, por favor explique:		
Puede pedir, entender y seguir intruciones de viaje?		
☐ Sí	☐ No	☐ A veces

L. Barreras

Qué barreras en el ambiente harían difícil para usted la utilización del servicio de autobús público?	
Falta de cortes de acera	Colinas empinadas
Calle muy transitada que debo cruzar	Sin luz de cruce de peatones
No ha yaceras	Aceras en mal estado
Otras, describa:	
Explique por qué las condiciones que indica le dificultan utilizar el servicio de autobús público.	

POR FAVOR, TENER EN CUENTA:

La PVTA tiene 21 días para hacer una determinación de elegibilidad luego de haber recibido todos los documentos necesarios, lo que incluye las entrevistas.

Las solicitudes completas serán procesadas dentro de los 21 días siguientes a la recepción.

Se le notificará por escrito de su determinación de elegibilidad para el servicio de transporte ADA. Si usted no ha sido notificado con una decisión o el estado de su solicitud en el plazo de 21 días, por favor llame y le proporcionará los servicios de Paratransito hasta que su solicitud sea procesada y se determine una determinación final de elegibilidad.

Definición de discapacidad de la ADA

Cualquier persona con una discapacidad que, como resultado de una deficiencia física o mental y sin la ayuda de otra persona, (excepto el operador de un elevador de silla de ruedas) no pueda subir o bajar de cualquier autobús público de la ciudad.

Cualquier persona con una discapacidad que tenga una condición específica relacionada con su impedimento, que le impida viajar a o desde una parada de autobús, en el sistema público de autobuses de la ciudad.

Las barreras arquitectónicas y ambientales tales como distancia, terreno o clima no constituyen por sí mismas una base de elegibilidad. Sin embargo, una persona puede ser elegible si la interacción entre la discapacidad y las barreras le impiden a la persona viajar a o desde la parada de autobús público de la ciudad.

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay veces en que no puedo utilizar el servicio de autobús público y por lo tanto, debo utilizar los servicios de paratránsito de ADA. Certifico que a mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar informaciones falsas o información errónea puedo resultar en una nueva evaluación de mi elegibilidad.

______________________________________ ___/___/___

Firma del solicitante o guardián **No Ponga la Fecha**

Fecha (Date)______________________________

No Ponga la fecha



POR FAVOR DE COMPLETAR ESTA PAGINA POR COMPLETA

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER
(Authorization to Obtain)

VERIFICACIÓN DE UN MÉDICO O OTRO PROFESIONAL
(Physician or other profesional Verification)

Por favor proporcione la siguiente información de un medico o profesional que esté familiarizado con su discapacidad y sea capaz de proporcionar la información necesaria que ayude a determinar la elegibilidad para servicio.

☐ Médico	☐ Profesional de la salud	☐ Rehabilitación Profesional
Nombre del Profesional:		
Agencia:		
Dirección de la Oficina:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono #:	Fax de la oficina:	
Nombre del solicitante o guardian:		
Fecha de nacimiento:		
Firma del solicitante o guardián:		

PLEASE RETURN PROFESSIONAL VERIFICATION FORM UPON COMPLETION TO:

PVTA Attn: PVTA ADA Coordinator

Fax Number: (413) 746-1659 (Preferred)

Office Tel: 413-732-6248 x 214

Address: 2808 Main St, Springfield, MA 01107

Email Address: iris@pvta.com